

**Foto
Pasaporte**

1. General

Nombre del programa de capacitación _____

Nombre del Instituto de capacitación en Israel _____

Fechas: _____ Idioma del curso _____

Arreglos financieros:

El pasaje aéreo será pagado por _____

La matrícula y el hospedaje serán cubiertos por _____

2. Datos personales

Apellidos: _____ Nombres _____

País: _____ Nacionalidad _____

Religión _____ Pasaporte No. _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino / Femenino

Dirección Postal: _____

Teléfono: (código de país _____) (código de área _____) Número _____

Fax : (código de país _____) (código de área _____) Número _____

Celular: (código de país _____) (código de área _____) Número _____

E-mail _____

3. Educación

	Institución	Lugar	Año	Especialidad	Grado
Educación superior					
Título académico: Primero					
Segundo					
Tercero					

4. Otros estudios / cursos / seminarios relacionados con el programa (10 últimos años)

Tema del curso	País	Organizado por	Duración del estudio	Año

5. Estudios anteriores en Israel

Tema del curso	Año	Instituto de capacitación

Nombre del solicitante _____

6. Experiencia en computación

No _____ Sí _____

En caso afirmativo, especifique (Word, Excel, otros) _____

7. Conocimiento de idiomas

Lengua materna _____

Idiomas	Comprensión			Lectura			Escritura		
	Regular	Bueno	Excelente	Regular	Bueno	Excelente	Regular	Bueno	Excelente
Español									
Otros idiomas:									

8. Ocupación

Nombre de la Institución _____

Tipo (señale): Gubernamental / ONG / Empresa privada / Otro _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Cargo actual: _____

Descripción de sus responsabilidades: _____

9. Lugares de empleo anteriores

Nombre de la institución	Fechas (desde – hasta)	Cargo desempeñado

Nombre del solicitante _____

10. Referencias: Indique dos personas que conozcan bien sus calificaciones profesionales

Referencia 1

Nombre			Cargo		
Teléfono			Teléfono celular		
Código de país	Código de área	Número	Código de país	Código de área	Número
Fax			e-mail		
Código de país	Código de área	Número			

Referencia 2

Nombre			Cargo		
Teléfono			Teléfono celular		
Código de país	Código de área	Número	Código de país	Código de área	Número
Fax			e-mail		
Código de país	Código de área	Número			

DECLARACIÓN

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN _____ Fechas _____

El/la infrascrito/a, Sr./Sra./Srta. _____ de (país) _____
someto mi solicitud de estudio y/o capacitación en Israel, según lo detallado más arriba y declaro lo siguiente:

- (A) ENTIENDO que el Gobierno de Israel se propone permitirme, si se me considerare apto/a para ello, participar en un período de estudio y/o capacitación en Israel como parte de la cooperación entre el Gobierno de Israel y mi país.
- (B) ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que la oportunidad de capacitación que se me ofrece tiene por objetivo beneficiar el desarrollo de mi país y por lo tanto me comprometo a participar plenamente en los estudios ofrecidos y a cumplir todos los reglamentos fijados por la institución en la que se llevará a cabo el programa de capacitación.
- (C) ENTIENDO CLARAMENTE que el propósito de mi visita a Israel es estudiar y/o capacitarme. Por lo tanto me abstendré de toda actividad de carácter político y de toda ocupación lucrativa.
- (D) ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que mi estadía en Israel podrá ser interrumpida si infringiere mis compromisos a tenor de esta declaración y/o las leyes civiles o penales y/o quebrantare las reglas y reglamentos de la escuela o instituto en el que estudiaré o me capacitaré.
- (E) ME COMPROMETO a regresar a mi país al término de mis estudios, según lo determinen el Gobierno de Israel y los supervisores mi programa de estudio y/o capacitación.
- (F) ENTIENDO que el Gobierno de Israel no podrá ser considerado en ningún caso responsable de las necesidades materiales de mi familia durante mi estadía en Israel, ni de mi empleo a mi regreso a mi país.
- (G) ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que la responsabilidad jurídica, financiera y moral del Gobierno de Israel terminará al concluir el programa de estudio y/o capacitación.
- (H) GOZO – a mi leal saber y entender – de salud física y mental y no requiero de ningún tratamiento o atención médica.
- (I) ME COMPROMETO a someterme a una revisión médica adicional antes o durante mis estudios cuando así lo solicite el Gobierno de Israel.
- (J) ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que la institución organizador no se hace responsable de modo alguno de mi dinero, pertenencias, documentos, etc. Del mismo modo, la institución, en ningún caso será responsable de pérdidas de dinero, pertenencias, documentos, etc.
- (K) (PARA MUJERES) Según mi leal entender y saber NO ESTOY EMBARAZADA y entiendo que en caso de estarlo se me podría mandar de regreso a mi país.
- (L) ENTIENDO que los organizadores no asumen responsabilidad alguna en cuanto a tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos dentales o anteojos durante mi estadía en Israel.
- (M) ENTIENDO ASIMISMO que mis efectos personales no están asegurados por el organizador.
- (N) CERTIFICO que toda la información y los documentos presentados son correctos y verídicos.
- (O) ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que es responsabilidad mía conseguir el nombre y ubicación del instituto israelí al que asistiré, así como su dirección e instrucciones para llegar a él.
- (P) ENTIENDO que todos los arreglos financieros han sido completados con el representante de Israel antes de mi llegada a Israel.
- (Q) COMPRENDO PLENAMENTE que – salvo indicación contraria – el seguro contraído a mi favor por el Instituto israelí cubrirá únicamente el período de mi estadía en el curso/programa dentro del territorio del Estado de Israel.



Declaración de estado de salud

Este formulario se dirige a hombres y mujeres por igual.

Por favor rellenar este formulario en forma precisa y completa.

Nombre: Apellido:

Pasaporte n°: Fecha de nacimiento:

Por favor contestar las siguientes preguntas marcando el casillero apropiado.

A	Estado de Salud	SI	NO
	¿Le indicaron durante los últimos años realizar análisis médicos y/o diagnósticos que usted no completó y por lo tanto no se llevó cabo un diagnóstico final , que envuelve alguno de los procedimientos siguientes: cateterización, tomografía, eco-cardiografía, imagen por resonancia Magnética (IRM), CT, ecografía (u otro análisis que forma parte de, monitoreo prenatal rutinario), biopsia, sangre oculta, colonoscopia, gastroscopia, análisis de sangre, análisis de orina?		
	Fue diagnosticado de alguna enfermedad, condición o indisposición asociado con una o más de las siguientes:		
	Sistema nervioso (neurología) y cerebro; sistema nervioso, ACV (accidente cerebrovascular), esclerosis múltiple, distrofia muscular		
	Insuficiencia renal		
	Sistema respiratorio: (EPOC) enfermedad de obstrucción pulmonar crónica, fibrosis cística		
	Enfermedad maligna o tumor (cáncer)		
	Enfermedad del sistema inmunitario: Lupus		
	Enfermedad del corazón		
	Enfermedad de transmisión sexual (incluido SIDA y portador de VIH)		
	Enfermedades infecciosas		
	Tuberculosis <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Virus de hepatitis B <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Virus de hepatitis C <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Fue diagnosticado de una enfermedad mental		
	Solo para mujeres – está usted embarazada		
	Firma del solicitante:	Fecha:	

B Declaración del solicitante del seguro

1. La información que contiene este documento es esencial a fin de asegurarlo bajo las pólizas y otros aspectos relacionados con las pólizas y su gestión. La compañía y otras compañías del Grupo Harel (Harel Seguros y Servicios de Inversiones Financieras Ltda. y sus subsidiarias) y/o cualquier otro de sus representantes que lo utiliza, incluido procesamiento, almacenamiento y uso para todo aspecto relacionado con las pólizas y otros propósitos legítimos, incluido la provisión de información a terceros que actúan en representación o en nombre del Grupo Harel.
2. Por la presente yo/nosotros declaro / declaramos que todas las respuestas son correctas y completas y fueron suministradas de propia/nuestra propia, voluntad.
3. Las respuestas especificadas en la Declaración de Salud y cualquier otra información suministrada a la compañía, así como la aceptación de los términos de la compañía a este efecto, deben servir como términos fundamentales del contrato de seguro entre usted y la compañía y por consiguiente constituyen una parte integral del mismo.
4. La compañía se reserva el derecho a aceptar o a rechazar su solicitud. Para su información, el contrato de seguro entrará en vigencia solamente después de que la compañía emitió una confirmación escrita de la aprobación de toda la solicitud de seguro.
5. **Renuncia a la confidencialidad médica:** yo, el que firma abajo, por la presente otorgo mi permiso al Programa de Salud (Kupat Holim) y/o sus instituciones médicas y/o otros médicos y psiquiatras, instituciones médicas y hospitales, y/o cualquier otra compañía de seguros y/o cualquier institución y otro partido, en la medida que es necesario a fin de examinar los derechos y obligaciones de acuerdo a la póliza y/o con el propósito de proceder a la examinación de mi admisión al seguro solicitado, a proveer a Harel toda la información y detalles retenida por la compañía, sin excepción, en el formulario requerido por el/los solicitante/s, con respecto a mi condición de salud, incluyendo cualquier enfermedad de la cual sufrí en el pasado y/o que sufro en el presente y/o que sufriré en el futuro, y los libero del deber de mantener la confidencialidad médica y renuncio a la confidencialidad en favor del "Solicitante". Esta renuncia es vinculante a mi/nuestro estado y a mi representación legal y todo quien me substituya.

Firma del solicitante: Fecha: